FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juin 1901, à 1 heure

Par Paul-Adolphe ATTIMONT

Né au Loroux-Bottereau (Loire-Inférieure), le 30 mars 1875

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

Cas de Néoplasie ombilicale consécutive au Cancer du Rectum

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*

Juges : MM. HALLOPEAU, TROISIER, ROGER — *agrégés.*

NANTES

R. GUIST'HAU, A. DUGAS Succr, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

5 & 6, QUAI CASSARD, 5 & 6

1901

LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

411

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juin 1901, à 1 heure

Par Paul-Adolphe ATTIMONT

Né au Loroux-Bottereau (Loire-Inférieure), le 30 mars 1875

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

Cas de Néoplasie ombilicale consécutive au Cancer du Rectum

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*

Juges : MM. HALLOPEAU, TROISIER, ROGER — *agrégés.*

NANTES

R. GUIST'HAU, A. DUGAS Succr, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

5 & 6, QUAI CASSARD, 5 & 6

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. H. BRISASUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THIROLOIX.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VAQUEZ.
BROCA (Auguste).	HARTMANN.	MÉRY.	VARNIER.
BROCA (André).	HEIM.	RÉMY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

A MA MÈRE

A MON PÈRE

MON PREMIER MAITRE

LE DOCTEUR ATTIMONT

Médecin des Hôpitaux de Nantes

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ATTIMONT

Ancien Conseiller Général de la Loire-Inférieure

A MES FUTURS BEAUX-PARENTS

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES FUTURS BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALLOPEAU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DES HÔPITAUX DE NANTES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DIEULAFOY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Institut (Académie des Sciences)

Grand'Croix de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales et de soutenir notre thèse inaugurale, il est pour nous un devoir bien doux à remplir : c'est de remercier ici, publiquement, tous ceux qui ont contribué à nous instruire de leurs exemples et à nous guider de leurs conseils.

Notre année préparatoire s'est passée sous la savante direction de MM. les Professeurs Leduc, Andouard et Louis Bureau ; pendant nos deux premières années de Médecine, nous avons pu profiter du haut enseignement de MM. les Professeurs Joüon, Malherbe et Rouxeau ; un peu plus tard, il nous a été donné de suivre les leçons de MM. les Professeurs Montfort et Viaud-Grand-Marais.

MM. les Docteurs Amédée Monnier, Urbain Monnier, Vignard et Maurice Bureau nous ont guidé comme chefs des travaux pratiques.

M. le Professeur Guillemet est l'un de nos maîtres les plus chers : il nous a fait l'honneur de

nous traiter sans cesse plutôt en ami qu'en élève ; qu'il reçoive ici l'assurance de notre vive gratitude.

MM. les Docteurs Bonamy et Chartier, médecins des Hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, nous ont prodigué leurs utiles enseignements cliniques.

Nous remercions M. le Docteur Mirallié, médecin des Hôpitaux de Nantes, de l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition l'observation qui a été le point de départ de notre thèse et des excellents avis qu'il nous a fournis au cours de ce travail.

M. le Docteur Hallopeau, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, a bien voulu nous donner, à la fin de nos études médicales, avec les conseils les plus éclairés, des marques sans nombre de son extrême bonté, nous le prions ici d'en agréer notre plus vive reconnaissance.

Que M. le Docteur Bouilly, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Cochin, si bienveillant pour nous, veuille bien aussi agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Nous offrons tous nos remerciements à M. le Docteur Berger, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, qui, nous permettant de suivre son service hospitalier, de profiter de ses magistrales leçons au lit

même du malade, ou dans la salle d'opération, nous a toujours montré le plus grand intérêt.

M. le Docteur Dieulafoy, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôtel-Dieu, nous a témoigné une grande bienveillance; nous l'en remercions vivement, ainsi que de l'honneur qu'il daigne nous faire aujourd'hui en présidant notre thèse.

INTRODUCTION

Les observations de cancer secondaire de l'ombilic publiées jusqu'à ce jour indiquent comme siège initial du mal les segments du tube digestif, depuis le cardia jusqu'à la terminaison de l'S iliaque, le foie, l'épiploon, le mésentère, l'utérus et l'ovaire.

Plusieurs des auteurs qui ont étudié le cancer secondaire de l'ombilic avaient émis l'opinion que tout cancer des cavités abdominale ou pelvienne pouvait devenir le point de départ d'une néoplasie ombilicale consécutive.

MM. Quénu et Hartmann (1) font une allusion plus précise au cancer initial du rectum; à propos des causes d'abstention dans l'intervention chirurgicale contre les cancers de cet organe, ils indiquent en effet comme contre-indications : « une tumeur de la peau à distance, *une tumeur de l'ombilic*, un ganglion induré du creux sus-claviculaire. »

(1) Quénu et Hartmann. *Traité de Chirurgie du rectum*. Tome II, page 234.

Un cas observé par M. Mirallié — cas qu'il a bien voulu nous permettre d'étudier avec lui — vient combler cette lacune demeurée dans l'histoire du cancer du rectum. Nous devons toutefois ajouter qu'il a été publié un fait de noyau secondaire à l'ombilic dans un cancer du côlon descendant et du rectum, observation que nous reproduisons. Mais, dans ce cas, la paroi du rectum était simplement épaissie et contenait un noyau induré, alors qu'au niveau du côlon descendant existait une grosse tumeur reposant sur une base dure, lardacée. N'est-il pas vraisemblable que le côlon était le siège du cancer primitif ?

L'étude de l'observation de M. Mirallié nous a conduit à rechercher l'état des connaissances médicales sur la question du cancer secondaire de l'ombilic. Les résultats de ces recherches sont exposées dans le travail que nous présentons aujourd'hui.

OBSERVATION I

de M. Mirallié

La nommée B..., 64 ans, blanchisseuse, est entrée, le 11 octobre 1889, à l'Hôtel-Dieu.

Père mort d'accident.

Mère morte d'asthme à 72 ans.

Un frère et une sœur morts tuberculeux.

A 20 ans, fluxion de poitrine.

Il y a environ dix-huit mois, à un mois d'intervalle, deux hémorragies par le rectum : sang rouge.

Pas de douleurs, pas de constipation ni de diarrhée, pas de suintement rectal.

Il y a six mois, constipation opiniâtre, pendant trois mois : ne peut aller à la selle qu'avec des lavements.

Il y a six semaines, obligée de prendre le lit.

Incontinence d'urine et de matières fécales.

Etat actuel :

Amaigrissement extrême ; teinte jaune paille. Ventre tendu, ballonné, sonore à la percussion, un peu sensible.

Au-dessus de l'ombilic, à environ deux travers de doigt, on sent une petite masse dure, du volume d'un pois chiche, sensible au toucher.

Dessus, la peau est très mobile, mais la tumeur semble adhérente aux parties profondes.

Au niveau même du bord supérieur de l'ombilic, on sent encore deux autres petites tumeurs, du volume d'un grain de raisin ; le tégument est mobile à leur niveau, et la tumeur est immobilisée sur les plans profonds.

Le long du bord inférieur du foie, le palper est douloureux : on sent à ce niveau quelques tumeurs (deux ou trois), profondes, adhérentes seulement aux plans profonds et qui semblent appartenir au foie.

A l'examen du rectum, on note un suintement fétide, sanguinolent.

Au toucher, on tombe immédiatement, au pourtour même de l'anus, sur une paroi dure, parcheminée, granuleuse. Un peu plus haut, à trois ou quatre centimètres, on rencontre sur tout le tour de l'intestin, et surtout à la paroi antérieure, des masses plus bourgeonnantes, fongueuses.

Aussi loin que l'on pénètre, il est impossible de toucher la limite supérieure de la tumeur.

Incontinence des matières fécales et de l'urine.

Chose remarquable : l'appétit est très bon ; la malade mange et digère toute espèce d'aliments.

Pas de constipation : une selle par jour.

Rien aux poumons : pas trace de tuberculose.

La malade n'est jamais allée dans un hôpital.

Rien au cœur.

La malade passe en chirurgie, pour voir s'il y a possibilité d'une opération.

Revient au service, le 1er novembre, non opérée.

Etat général considérablement aggravé.

Ventre tendu, ballonné et très dur, extrêmement douloureux au palper.

L'épiploon est entièrement envahi par le cancer.

La tumeur sus-ombilicale est plus fixée, et presque immobile sur les plans profonds.

La peau est, au contraire, très mobile sur la tumeur. Son volume semble un peu plus gros.

Incontinence absolue de l'urine et des matières fécales.

Pas de vomissements.

Affaiblissement extrême.

Phlegmatia alba dolens des deux membres inférieurs, surtout à gauche.

Mort le 8 novembre.

A l'autopsie :

Epithélioma du rectum, remontant jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin.

Adhérence totale du rectum aux plans voisins.

Généralisation du cancer :

Au foie, noyaux multiples et de toute dimension dans les deux lobes ;

Aux ganglions mésentériques, qui sont tous envahis ;

A la peau : les deux noyaux para-ombilicaux sont disséqués.

Le rein droit présente dans une pyramide un point blanchâtre, qui pourrait bien être cancéreux.

Le poumon droit présente de même, à côté de ganglion caséeux, d'autres points où l'on peut soupçonner le cancer.

Le grand épiploon est très épaissi (un centimètre au moins), rétracté ; sa surface est mamelonnée, bosselée. Au palper, il semble constitué par une quantité innombrable de noyaux cancéreux réunis par du tissu conjonctif.

La petite tumeur sus-ombilicale présente environ un centimètre en tout sens ; elle est située, dans le tissu

cellulaire sous-cutané, entre la peau et les muscles. L'autre tumeur ombilicale est formée de deux portions accolées, mais nettement distinctes et réunies par un tractus de tissu conjonctif.

A l'examen histologique :

Rectum. — Carcinome à cellules cylindriques, origine dans les culs de sac glandulaires. Il suit les lymphatiques, et traverse la couche musculaire dans laquelle on trouve des traînées et même des noyaux cancéreux. Dans la cavité de certains vaisseaux lymphatiques, cellules cancéreuses à gros noyaux.

Foie. — Carcinome alvéolaire secondaire à cellules cylindriques ; enveloppes fibreuses autour de chaque noyau. Dans l'espace porte, nodule embryonnaire : de celui-ci part un lymphatique rempli de cellules qui deviennent métatypiques et aboutissent au nodule cancéreux.

Epiploon. — Carcinome cylindrique. Le noyau secondaire se propage en suivant les lymphatiques ; sur certaines coupes, on voit des lymphatiques entourés d'une zone de prolifération embryonnaire : sur d'autres, on voit un lymphatique aboutir manifestement au nodule cancéreux. Des nodules cancéreux, les uns sont complètement, les autres incomplètement entourés d'une zone fibreuse.

Nodule cutané sus-ombilical. — Ce noyau, étudié en coupes microscopiques sériées, apparaît traversé dans sa plus grande longueur par un capillaire, autour duquel sont accumulées les cellules cancéreuses et embryonnaires. Ce noyau est encapsulé, mais incomplètement. Sur une des parties de la tumeur, la barrière est rompue. Sur ce point et sur la face péritonéale de la tumeur, apparaît un petit noyau cancéreux, réuni au noyau principal par des trainées

cancéreuses qui suivent les travées conjonctives de tissu cellulo-graisseux. Sur ces travées, on voit des cellules plates, à gros noyaux, très probablement des lymphatiques. En poursuivant l'étude des coupes, on voit les deux nodosités se rapprocher et se confondre.

Sur des coupes intéressant le tissu sous-péritonéal au niveau de la région ombilicale, on voit des cellules embryonnaires cancéreuses bourrant des vaisseaux et des amas cellulaires autour des parois vasculaires. Un petit nodule isolé est réuni au principal par des trainées cancéreuses qui suivent les travées du tissu conjonctif.

Propagation par les lymphatiques. — Le cancer du rectum, dans ce cas, n'a très probablement infesté secondairement l'ombilic, que parce qu'il s'est d'abord généralisé (péritoine, épiploon, foie).

OBSERVATION II

Cancer du Côlon descendant et du Rectum. Noyau secondaire à l'ombilic (1). *Résumée.*

Homme, 50 ans.

Dans le courant de l'année 1842, le malade eut d'abondantes pertes de sang par l'anus. On pensa que ces hémorragies étaient dues à des hémorrhoïdes, dont il était atteint depuis longtemps. Mais bientôt on s'aperçut que les selles n'avaient plus la forme normale cylindrique, mais qu'elles étaient aplaties, rubanées. L'appétit diminue, l'amaigris-

(1) Lage. — Schmdit's Jahrbucher, tome LV, page 295. (Voir Valette, Thèse Paris, 1898.)

sement paraît. Les hémorragies deviennent de plus en plus fréquentes, le sang est mélangé aux matières fécales. Le malade est constipé, il a du ténesme rectal. Le 25 décembre, il est pris de nausées et vomissements, avec oppression précordiale. Les conjonctives ont une teinte ictérique. Le ventre devient douloureux, surtout au flanc gauche. L'exploration anale ne fait rien percevoir d'anormal.

Traitement. — Lavements et frictions, médication opiacée, ratanhia.

Pendant 6 mois, amélioration. Les selles ne sont plus rubanées.

En juillet 1843, le malade est constipé pendant vingt jours. Il éprouve de vives douleurs dans le flanc gauche, du côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure, anorexie, melæna. Amaigrissement considérable.

Fièvre hectique, aspect cachectique, aphtes dans la bouche.

Mort en août 1843.

Autopsie. — On peut reconnaître, à première vue, que l'ombilic est le siège d'un cancer. Il a une couleur rouge brun, veiné comme du marbre. On perçoit à la palpation, un large disque, aplati et dur, s'étendant autour de la cicatrice. Le tissu conjonctif sous-cutané se confond avec les membranes fibreuses de l'abdomen. Le péritoine est normal, l'épiploon non adhérent. Le foie, le pancréas n'offrent rien de particulier. Au niveau du côlon descendant apparaît une grosse tumeur, de forme arrondie, reposant sur une base dure, lardacée. Le côlon transverse et le rectum sont épaissis. Sur les parois du rectum existe un noyau induré.

Le mésentère renferme quelques ganglions aussi durs que les noyaux de l'ombilic et du rectum.

HISTORIQUE

La littérature médicale est pauvre en observations de tumeurs malignes de l'ombilic jusque vers 1874, ce qui a lieu de surprendre, car ces tumeurs sont loin d'être rares.

Fabrice de Hilden (1), au XVIIe siècle, Civadier (2), au XVIIIe, virent chacun un cas de tumeur ombilicale dont ils ont laissé la relation très concise d'ailleurs. Dans le Dictionnaire en trente volumes, P.-H. Bérard (3) ajoute simplement un cas personnel au précédent. En 1849, Boyer (4) décrit simultanément tumeurs cancéreuses et tumeurs graisseuses de l'ombilic, sous le titre de Sarcomphales.

Jusque-là le doute subsiste sur la nature de ces tumeurs qualifiées de cancer.

(1) Fabrice de Hilden. Observationes chirurgicæ. Cent. V. Obs. LXII.

(2) Civadier. *Journal méd. et chir.*, Tome IV, page 374.

(3) P.-H. Bérard. Dictionnaire en 30 vol. Article ombilic, 1827.

(4) Boyer. *Traité des mal. chir. et des op. qui leur conviennent*, publié par Philippe Boyer, 1849. T. VI.

Nélaton (1) (1857), après avoir indiqué les faits signalés par P.-H. Bérard, rapporte que lui-même a observé plusieurs cas de tumeurs ombilicales. L'illustre chirurgien insiste sur un point anatomo-pathologique spécial : l'existence d'une expansion sous-péritonéale à la partie profonde de la tumeur, qui se présente ainsi en forme de bouton de chemise. Cette notion de la contiguité avec le péritoine avait une portée importante au point de vue de l'intervention chirurgicale, surtout à cette époque.

Hue et Jacquin (2) décrivent, en 1868, comme tumeur primitive de l'ombilic un cancer colloïde, venant faire saillie à l'ombilic. Demarquay (3) (1870), présente à la Société de Chirurgie trois cas de tumeurs, également sous l'indication de cancers primitifs de l'ombilic.

Cependant, quelques observations éparses signalaient déjà l'origine secondaire des cancers apparaissant à l'ombilic : [Storer (4), Vulckow (5), Auger (6)]; peu à peu commença à s'établir cette notion que le cancer primitif se rencontre très

(1) Nélaton. *Elém. de path. chir.*, Tome IV, page 525 (1857).

(2) Hue et Jacquin. *Union méd.* (1868).

(3) Demarquay. *Soc. de chir.* (juin 1870).

(4) Storer. *Boston med. Ann. Surgery Journal* (février 1864).

(5) Vulckow. *Beitrag zur Casuistik der Nebel neubildingen.* (Berlin Klin Woch, 1875, nº 39, page 533).

(6) Auger, *Soc. anatom.* 1875, page 708.

rarement à l'ombilic, alors qu'il n'est pas rare d'y constater le secondaire. Les recherches ultérieures n'ont cessé, depuis lors, d'affirmer la justesse de cette remarque d'importance capitale; cette donnée scientifique, en effet, est devenue le point de départ d'une phase nouvelle dans l'histoire de cette localisation cancéreuse. La clinique pouvait compter ainsi sur un signe dénonciateur de haute valeur pour le diagnostic des cancers viscéraux de la cavité abdominale. En 1875, Lorrain (1) en faisait saisir l'importance, dans un langage figuré, quand il comparait le bourgeon ombilical à un véritable ganglion. Nombreuses ont été les études sur cette question depuis 1874. En analysant les cas publiés jusque-là, Küster (2) émet l'opinion que tous les faits de carcinomes de l'ombilic relatés antérieurement sont d'origine secondaire, sauf un seul observé par Wilms (3).

Dans les observations rapportées par M. Catteau (*l. c.*), le diagnostic de cancer viscéral primitif avait pu être nettement posé, et il arrivait à conclure : « toutes les fois qu'il existera une induration ombilicale, il faudra songer à la péritonite cancéreuse ».

Nombre des cas visés dans ces premiers travaux sur le cancer secondaire de l'ombilic mon-

(1) Lorrain, in Thèse Catteau. Paris 1876.
(2) Küster. *Beitrag zur Geburt und Gynae,* tome IV, fasc. I, 1875.
(3) Wilms. Voir Paul Berger. (*Revue sciences médicales*, 1874).

traient le noyau néoplasique comme développé au dernier terme d'une généralisation cancéreuse, à point de départ vers l'estomac, le foie, l'intestin, l'épiploon, l'utérus ou l'ovaire, et souvent accompagné de phénomènes de péritonite généralisée. Des faits d'aspect tout différent ne tardèrent pas à attirer l'attention ; l'on remarqua que ces nodosités ombilicales se présentaient maintes fois comme le premier indice de cancers viscéraux, demeurés jusque-là latents. Tels les cas de M. Monod (1), concernant un cancer de l'estomac, de Wickham Leeg (2), et deux de Damaschino (3), le premier, épithéliome cylindrique du côlon transverse, le second, épithéliome de même nature du cardia. A ce moment, les observateurs se préoccupent de rechercher le lien qui unit le cancer primitif à la manifestation secondaire vers l'ombilic. Damaschino avait relevé dans des autopsies un fait important : des traînées blanchâtres suivaient les vaisseaux lymphatiques jusqu'à la face profonde du noyau ombilical.

M. Chuquet (4) fit de semblables constatations

(1) Monod. *Soc. anatomique*, 1875, page 708.

(2) Wickham Leeg (1880). *Of certain abdominal tumours.* St-Barth hosp. Rep.

(3) Damaschino, in thèse Villar : *Des tumeurs de l'ombilic.* Paris, 1886, page 112.

(4) Chuquet. *Du carcinome généralisé du péritoine.* Thèse Paris, 1879.

dans les cancers du pylore et des annexes de l'utérus ; les faits du même genre se multiplièrent bientôt, ainsi qu'en témoigne le relevé fait par M. Villar (*l. c.*). En outre, l'histologie démontra que constamment le néoplasme ombilical présentait les mêmes éléments constitutifs que la tumeur initiale. De cet ensemble, Damaschino résumant l'état de la question put tirer les conclusions suivantes : « Les faits de cancer secondaire de l'ombilic me semblent comporter un enseignement clinique d'une réelle valeur. Le développement d'une tumeur semblable, survenant chez un malade atteint d'une affection abdominale, de caractères mal dessinés, devra être pris en sérieuse considération, ou, s'il n'est pas possible d'en tirer une conséquence, au point de vue du siège primitif de l'affection, (on se rappelle que dans un des cas que j'ai rapportés, il s'agissait d'un cancer stomacal, et dans l'autre, d'un épithélioma du côlon transverse), du moins, l'existence même d'un cancer viscéral sera rendu très probable ; et, comme dans tous les faits connus jusqu'à ce jour et dont l'observation a été complète, le péritoine et divers organes présentaient des lésions multiples, on pourra considérer comme une éventualité presque assurée la généralisation du cancer. On le voit donc, la manifestation que je viens de décrire a une grande importance, non pas seulement pour la précision du diagnostic, mais encore au point de vue de la

prognose elle-même, puisqu'une terminaison fatale, et en général prochaine, est la conséquence de la généralisation des lésions cancéreuses. »

Malgré la base solide sur laquelle ils reposaient et bien qu'ils eussent été si clairement exprimés, il ne semble pas que les préceptes de Damaschino se soient rapidement vulgarisés et aient suffisamment servi à guider le médecin dans le traitement des néoplasmes de l'ombilic.

De là provinrent de nouvelles recherches ; dans un travail paru en 1888, M. Attimont (1) insiste sur le rôle fondamental du cancer sous-péritonéal dans la genèse de la néoplasie de l'ombilic (cancer sous-péritonéo-ombilical) ; M. Neveu (2) (1890) expose les mêmes idées.

En 1896, MM. Quénu et Longuet (3) font connaître l'état de nos connaissances sur ce sujet et consacrent notamment un article important à la propagation des éléments cancéreux par les voies lymphatiques des organes primitivement lésés vers l'ombilic. Dans ce travail se trouve aussi la discussion d'un point des plus intéressant relatif

(1) A. Attimont. Remarques sur le cancer de l'ombilic. *Gazette médicale de Nantes*, 6e année, septembre, octobre, novembre 1888.

(2) Neveu. Contribution à l'étude des tumeurs malignes secondaires de l'ombilic. Thèse Paris, 1890.

(3) Quénu et Longuet. *Revue de Chir.*, 16e année, no 2, février 1896.

au diagnostic de certains épithéliomes cylindriques, étudiés par M. le Professeur Tillaux (1), et considérés par l'éminent chirurgien, comme cancers primitifs de l'ombilic.

En 1898, M. Valette (2) soutient dans sa thèse les idées des auteurs précédents. MM. Morris (3), Demons (4) et Verchère (5) étaient arrivés, d'ailleurs, à émettre sensiblement les mêmes opinions. Récemment a été reprise par M. Besson (6) la question de la nature primitive de certains épithéliomes cylindriques pouvant résulter de la dégénérescence d'un adénome diverticulaire intestinal.

(1) Tillaux. *Annales de Gynécologie*, 1887 et Thèse de Bonvoisin, 1890-1891, nº 305.

(2) Valette. Contribution à l'étude du cancer secondaire de l'ombilic. Thèse Paris, 1898.

(3) Morris. *Congrès de Berlin*, 1890 et *Annales of Surgery*, Philadelphie, 1892. Volume XV, page 326.

(4) Demons. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1891 et *Congrès Gynécologique de Bordeaux*, 1895.

(5) Verchère. *Revue des Maladies cancéreuses*, 1896.

(6) Besson. Contribution à l'étude du Cancer de l'ombilic. Thèse Paris, 1901.

CLASSEMENT DES CANCERS DE L'OMBILIC

Avant d'aborder l'étude de la forme du cancer secondaire, objet de ce travail, il importe d'en préciser la signification.

Plusieurs modalités de manifestations cancéreuses ont été observées en effet au niveau de l'anneau ombilical. Les organes cancéreux ont pu venir se placer au contact de la paroi postérieure de l'ombilic et soulever la cicatrice ombilicale, tantôt par simple effet de compression de dedans en dehors, tantôt en se greffant au péritoine sous-ombilical. A ce propos, il n'est pas sans intérêt de remarquer, après divers auteurs (1), que ces sortes de greffes ne se font pas toujours directement par envahissement des éléments néoplasiques, mais bien par l'intermédiaire de fausses membranes phlegmasiques (2). Ces greffes cancéreuses directes sont en dehors du sujet traité dans cette étude.

(1) Dolbeau. *Leçons cliniques*, 1877. — Hardy. *Bulletin de la Soc. anatom.*, 1874.

(2) A. Attimont *(l. c.)*.

Il importe, par contre, de relever certains cas pathologiques qui s'en rapprochent davantage. Ainsi, dans un fait exceptionnel, à la suite de rupture de la cicatrice ombilicale sous la pression de l'ascite, Moussier (1) vit une portion considérable de l'épiploon, atteint d'encéphaloïde, venir faire hernie à travers l'ouverture de l'ombilic largement dilatée.

On a signalé maintes fois des cancers colloïdes faisant irruption à travers l'ombilic ou les interstices de la ligne blanche; parfois l'issue en est subite comme pourrait faire une hernie dans une chute ou un effort ; parfois aussi elle s'effectue d'une façon graduelle. Ces masses colloïdes dans quelques cas ont simulé un abcès par leur mollesse et leur état de fluctuation ; elles ont même pu en imposer au point d'en provoquer l'ouverture par incision (2).

Cruveilhier (3) cite un cancer colloïde d'origine stomacale, généralisé au péritoine, qui envahit deux hernies juxtaposées, l'une passant par l'anneau, l'autre par une éraillure de la ligne blanche. Il s'y développa sous forme de masses bosselées ; à l'autopsie, les deux sacs herniaires se montrèrent

(1) Moussier. *Journal méd. de l'Ouest*, 1873.

(2) Hue et Jacquin *(l. c.)*. — Demarquay *(l. c.)*. — Péan. In thèse Villar, Paris, 1886. — Vidal. *Gaz. hebdom*, 1874. — Lancereaux. *Atlas anat. pathol.*, page 43.

(3) Cruveilhier. *Anat. pathol. générale*, IV, p. 44-47.

en dégénérescence gélatiniforme, mais le péritoine des parois abdominales était demeuré intact.

Des observations montrent aussi des hernies ombilicales frappées de dégénérescence cancéreuse, par exemple le cas de Guéneau de Mussy (1), où à une hernie ombilicale directe, réductible jusque là, se substitua un disque aplati, dur, du volume d'une grosse amande ; à l'examen nécropsique, on reconnut un cancer du péritoine consécutif à une tumeur encéphaloïde pelvienne. Cannuet (2) fit connaître aussi un cas où l'épiploon hernié formait à l'ombilic un « ganglion cancéreux », consécutivement à une tumeur du foie. Lors de l'autopsie, le reste de l'épiploon fut trouvé sain ; remarquons en passant que le sac n'était pas atteint par la dégénérescence. M. Queyrat (3), au cours d'un cancer utérin, observa une hernie ombilicale datant de 10 ans, mais parfaitement réductible, qui devint dure et fixée. Il put vérifier à l'autopsie qu'elle était constituée par de l'épiploon atteint de dégénérescence cancéreuse, alors que le reste de l'épiploon était demeuré indemne comme dans le cas précédent ; mais par contre, la néoplasie avait gagné la paroi du sac et s'était même étendue à la peau de l'ombilic.

Toutes les fois que des hernies ombilicales se

(1) Guéneau de Mussy. *Cliniques* T. II, p. 30.
(2) Cannuet. *Bull. soc. anat.*, Paris. 1852.
(3) Queyrat. In thèse Codet de Boisse.

sont ainsi rencontrées atteintes de dégénérescence cancéreuse secondaire, il s'agissait d'épiplocèle.

L'ombilic peut aussi devenir le siège de fistules cancéreuses. Feulard (1) en a publié d'intéressants exemples ; ces fistules proviennent de l'estomac, mais elles sont précédées d'un abcès formé au contact de l'organe dégénéré. L'abcès crée des adhérences intimes entre l'estomac, le foie, le côlon transverse et parfois l'épiploon, permettant à ces organes de border la voie fistuleuse. Ces abcès, le plus souvent, vont s'ouvrir à la région épigastrique, mais il en est qui aboutissent à l'ombilic, soulevant et déplissant la cicatrice et s'y faisant jour quand le médecin ne les ouvre pas de bonne heure. La perforation de l'estomac habituellement n'est que consécutive à l'issue de l'abcès à l'extérieur et peut même faire défaut. Quoiqu'il en soit, dans plusieurs de ces cas, le néoplasme se propage jusqu'à l'ombilic le long des parois de la fistule, devenues cancéreuses elles-mêmes (Auger, Monod, Fischer *l. c.*, Broussole (2).

L'envahissement *direct* de l'ombilic par un cancer juxtaposé peut donc s'opérer sous deux modes distincts : par le contact immédiat avec un viscère, dévié ou non de sa situation normale, et placé en arrière de lui, ou bien par un organe

(1) Feulard. *Archives générales de Médecine*, 1887, T. II.
(2) Broussole. Thèse Villar, page 122.

malade situé à l'intérieur même de la cicatrice, tel que l'épiploon hernié signalé tout à l'heure. Comme organes cancéreux venant adhérer en arrière des tissus ombilicaux, l'on a rencontré l'intestin, l'estomac, le mésentère, l'épiploon, l'ovaire. En règle générale, il est intéressant de noter, en de pareilles conditions, que le péritoine ne semble pas servir fréquemment à la conduction des éléments cancéreux, (Ch. Robin, Dolbeau, Hardy) (1).

Sans être rare, la transmission du cancer à l'ombilic, par ce mode d'envahissement direct, rétro-ombilical ou intra-ombilical, l'est moins que la contamination *à distance* par la voie du tissu conjonctif sous-péritonéal et de ses lymphatiques. La propagation par la voie lymphatique constitue ici un processus spécial et crée un type de cancer secondaire particulier à cette région. C'est essentiellement l'étude de cette forme de cancer secondaire de l'ombilic que ce travail a en vue de poursuivre.

(1) Observations de Péan et Després, in A. Attimont *l. c.* Voir aussi Quénu et Longuet *l. c.*, page 118.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pathogénie du Cancer secondaire à distance

Lors de cancers intéressant les viscères sous-péritonéaux, la péritonite chronique cancéreuse généralisée se rencontre assez fréquemment, surtout à une période avancée de l'évolution du néoplasme ; mais dans les autopsies de ces cancers bien souvent l'on constate simplement des traînées lymphatiques ou des dépôts néoplasiques au niveau du tissu séreux sous-péritonéal.

Dans les phases même relativement peu avancées des cancers des organes abdominaux et pelviens, souvent le tissu sous-péritonéal adjacent se trouve notablement épaissi. La péritonite cancéreuse circonscrite au niveau de l'organe malade, est très fréquente. « Pour que la généralisation du néoplasme, dans la cavité abdominale se réalise, ce premier stade doit toujours être accompli, c'est une condition *sine qua non* (1) ».

(1) Aslanian. Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse. Thèse Paris, 1895.

De cette zone initiale, les traînées et les nodosités ne tardent pas à se propager de proche en proche par les lymphatiques du tissu sous-séreux ; parfois, on voit ceux-ci, au microscope, remplis de cellules cancéreuses, souvent les nodules se développent le long des parois vasculaires. D'autres fois, à l'œil nu, la lymphangite cancéreuse apparaît très nette, et on peut en suivre au loin les traces. Il est du reste admis aujourd'hui sans conteste que les vaisseaux blancs servent de conducteurs aux cellules cancéreuses, et de plus l'on sait que la nature des productions nouvelles est constamment identique à celle de la tumeur de l'organe initialement atteint.

D'ailleurs, quand même il coexiste des lésions de péritonite chronique généralisée simultanément à une tumeur ombilicale secondaire, il est à remarquer que souvent il ne se rencontre pas d'adhérence reliant le péritoine viscéral au péritoine pariétal au niveau de l'ombilic. Notamment, lors des opérations d'omphalectomie pratiquées pour des cancers ultérieurement démontrés d'origine secondaire, presque constamment la partie profonde de la paroi abdominale antérieure se trouvait absolument libre de tout lien pathologique avec les organes profonds, bien que parfois l'on ait constaté pendant l'opération ou à l'autopsie des plaques cancéreuses sur le feuillet antérieur du péritoine pariétal. On sait que sur le péritoine

pariétal, le point d'élection des dépôts néoplasiques, existe surtout en avant, sur la paroi abdominale antérieure. Peut-être, dit M. Aslanian, cette région est-elle plus souvent atteinte, en raison des traumatismes auxquels elle se trouve facilement exposée ?

Toujours est-il que, dès longtemps, la coïncidence avec le bourgeon ombilical de ces plaques sous-péritonéales situées dans le voisinage de l'ombtlic, ainsi qu'à distance de ce point sur le feuillet antérieur du péritoine pariétal, a été relevé dans nombre d'orservations. Dans cette forme *infiltrante* du cancer, tous les genres de trainées et de plaques, ont pu du reste s'observer au niveau du péritoine pariétal, de volumes et de dimensions variables, depuis de petits grains jusqu'à des placards de la largeur de la paume de la main. Exceptionnellement, on a rencontré une cuirasse étendue à tout le péritoine pariétal antérieur.

Ces lésions, au début au moins, occupent les lymphatiques du tissu sous-séreux, puis ce tissu lui-même. La trame du péritoine proprement dit ne semble atteinte que consécutivement par voie de contiguité. En effet, les plaques néoplasiques ne font pas grande saillie dans la cavité « leur surface est ordinairement lisse et brillante » (Aslanian), à preuve de l'intégrité de la membrane limitante et de l'endothélium péritonéal.

La nature même des éléments constituant la membrane séreuse paraît en effet opposer un obstacle plus ou moins prolongé à la propagation des éléments cancéreux.

Ch. Robin (1) insistait sur cette particularité de la constitution extrêmement résistante de la trame conjonctivo-élastique du péritoine et même de la mince couche limitante hyaline, sur laquelle repose l'endothélium péritonéal. N'y a-t-il pas lieu de remarquer en outre que les lymphatiques, bien connus d'ailleurs depuis les recherches de Bizzozero et Salvioli (1876), sont relativement très peu développés dans la trame du péritoine proprement dit, puisque Sappey n'avait pu les y découvrir.

Robin et Cadiat (2) constatent l'extrême rareté des lymphatiques dans le péritoine en général et notamment l'immense difficulté de les injecter dans le péritoine pariétal. La richesse en lymphatiques du tissu sous-séreux au niveau du péritoine pariétal contraste avec la pénurie de ces vaisseaux dans la trame de la séreuse proprement dite.

Les localisations néoplasiques du feuillet pariétal antérieur affectent elles-mêmes des sièges de prédilection sur lesquels l'attention a été appelée dès longtemps témoignant encore de la sorte qu'elles obéissent à une influence pathologique systéma-

(1) Ch. Robin. *Journal anatomique*, 1864.

(2) Robin et Cadiat. « Lymphatiques » *Dre Encycl. sc. méd.* 1881.

matique. La plupart du temps, les tumeurs du péritoine pariétal sont nettement séparées et alors on les trouve de préférence dans les replis péritonéaux, en haut, dans le ligament suspenseur du foie, en bas, le long de l'ouraque et des artères ombilicales ; le point de convergence est en tout cas la région ombilicale. D'ailleurs, souvent simultanément le péritoine sur le petit bassin est garni de granulations. Les culs de sac sont, on le sait, un lieu d'élection pour le néoplasme, surtout le cul-de-sac utéro-rectal (1).

« Les noyaux cancéreux secondaires deviennent à leur tour des sources d'infection à distance par les vaisseaux lymphatiques, tout en augmentant de volume aux dépens des tissus voisins... (2) ».

En outre, ces localisations paraissent se systématiser de façon distincte selon les organes primitivement atteints. MM. Quénu et Longuet (*l. c.*) ont présenté, à ce sujet, d'importantes considérations. Pour le cancer de l'estomac spécialement, ces auteurs ont réussi à montrer que la propagation vers l'ombilic s'opère de telle sorte que les éléments néoplasiques se déposent et forment des nodosités le long du ligament suspenseur du foie et de la veine ombilicale.

Trois groupes de vaisseaux lymphatiques par-

(1) Chuquet. *l. c.*

(2) Aslanian. *l. c.*

tent de l'estomac en suivant, le premier, les vaisseaux coronaires stomachiques pour se terminer aux ganglions sus-pancréatiques ; le deuxième, les vaisseaux gastro-épiploïques droits pour se réunir derrière la première partie du duodénum aux lymphatiques du foie ; le troisième accompagne les vaisseaux gastro-épiploïques gauches pour se terminer dans les mêmes ganglions que les lymphatiques de la rate (1). Chacun de ces trois groupes ne se rend donc point directement à l'ombilic, mais les aboutissants du deuxième groupe intéressent spécialement la région ombilicale. En effet, de la face inférieure du foie, tandis que des lymphatiques partent pour suivre le bord droit du petit épiploon et se rendre aux ganglions rétro-pyloriques, d'autres vont communiquer avec les lymphatiques du sillon longitudinal, lesquels se prolongent le long du ligament suspenseur jusqu'à l'ombilic. Tel est vraisemblablement, d'après MM. Quénu et Longuet, le chemin parcouru par les éléments néoplasiques dans les cancers sus-duodénaux ; ils ajoutent d'ailleurs que nous ignorons encore la voie qui préside à la dissémination des éléments provenant de cancers situés dans le segment du tube digestif compris entre le duodénum et le rectum.

Quant aux cancers utéro-annexiels, on ne saurait

(1) Sappey, *Anat.*, *T. II*, page 808.

invoquer, au point de vue des localisations secondaires péritonéales, que des faits pathologiques, d'après lesquels le centre de convergence des cellules malades se trouve être la zone ombilicale. Dans ces cas la partie profonde de la paroi abdominale antérieure a été maintes fois trouvée recouverte de granulations; les cellules ont dû remonter le courant de la lymphe, luttant contre l'obstacle valvulaire des vaisseaux ; on sait que la possibilité de ce processus a été reconnue à la suite des études de M. Troisier (1) et de M. Mathieu (2).

Quant à la convergence au niveau de la partie supérieure de l'ombilic, le long du ligament suspenseur et de la veine ombilicale, les faits abondent, qui en témoignent (Vulchow, Catteau, D'Heilly, Chuquet, Damaschino et Michaud, Largeau, Villar, Attimont, Hanot, Hontang, Hutchinson, etc. etc.).

Comment se fait l'invasion de l'ombilic par les éléments cancéreux ? A ce propos, point n'est besoin de faire intervenir les explications fournies en ce qui concerne la prédilection du cancer primitif pour cette région. Toutefois, à titre de comparaison, il importe de signaler ici les opinions émises sur la genèse de l'épithéliome primitif à l'ombilic.

Selon P.-H. Bérard (*l. c.*) : « il est vraisemblable que

(1) Troisier. *Soc. méd. Hôp.*, 1888.

(2) Mathieu. *Dict. encyclop. Art. estomac.*

si le cancer s'observe plutôt à l'ombilic que dans le reste de la paroi abdominale, c'est que la partie où le cordon était attaché offre des conditions de structure toutes spéciales, qui ne se rencontrent en aucun autre point de la paroi. »

D'autres auteurs ont pensé aussi que l'épithéliome pavimenteux pouvait naître au niveau de la cicatrice ombilicale même. Sur un relevé de 90 cas de dégénérescences cancéreuses implantées sur des tissus cicatriciels. M. Durand (1888) (1), n'a-t-il pas noté comme points d'origine 40 fois des cicatrices de brûlures, 11 fois des cicatrices de plaies contuses, 12 fois la *cicatrice ombilicale ?*

Blum (2) déjà, avait assimilé les propriétés de la cicatrice ombilicale à celles des cicatrices ordinaires ; il rappelait que le terrain cicatriciel est apte à la transformation épithéliale, d'où la fréquence des dégénérescences cancéreuses à cette place, d'autant qu'elle est sujette à des irritations répétées, propres elles-mêmes à favoriser la formation des néoplasmes.

Cette dernière raison est également invoquée par M. le Professeur Tillaux, à propos de la dégénérescence du diverticule intestinal, dont il a émis l'hypothèse comme point de départ des épithéliomas cylindriques qu'il a observés.

(1) Durand, in thèse Besson, Paris, 1901.

(2) Blum. *Arch. générales de Méd.*, 1876. Tome II.

Waldeyer avait déjà soutenu l'idée que l'ombilic était atteint surtout grâce à « la prolifération ultérieure des cellules épithéliales englobées dans la cicatrice ombilicale ».

Kolaczek (1) avait montré que les adénomes de l'ombilic sont dues à des diverticules intestinaux, insérés au niveau des éléments du cordon. Des épithéliomes cylindriques de l'ombilic ne pourraient-ils pas provenir de parcelles de tissu à éléments cylindriques incluses dans la cicatrice ombilicale ? Dans deux observations, M. Morris (*l. c.*) signale avec un cancer de l'ombilic « la persistance des restes du canal omphalo-mésentérique. »

Cette ectopie intra-ombilicale, remarque M. Besson (*l. c.*), pourra rester ignorée toute la vie. Elle constitue cependant, selon les idées de Conheim, un lieu de moindre résistance, peut-être un terrain de choix pour la dégénérescence cancéreuse : « L'épithéliome primitif serait le résultat de la dégénérescence maligne d'un adénome diverticulaire » (Besson, p. 21).

Nicaise (3) fait jouer un grand rôle au traumatisme dans la fréquence des tumeurs malignes de l'ombilic, cette région paraissant très exposée aux

(1) Kolaczek, *Arch. für path. anat. med. phys.*, T. LXIX, p. 587, 1877.

(2) Besson, *l. c.*

(3) Nicaise. *Dict. encyclop.*, 1881.

blessures. Toutes ces hypothèses concernent la pathogénie du cancer primitif; elles ne sauraient en rien élucider la question du cancer secondaire. En réalité, pour concevoir le développement de ce dernier, il importe de tenir compte des données anatomo-pathologiques ci-dessus exposées et ensuite de la structure de l'ombilic.

La peau et le péritoine, au centre de l'ombilic, se trouvent en contact ; en bas, le pourtour de la cicatrice adhère intimement au péritoine; en haut, grâce à la traction qu'opère la veine ombilicale sur l'ombilic, la séreuse est séparée de sa paroi par une couche de tissu cellulaire assez lâche munie de pelotons adipeux. Lorsque des nodosités cancéreuses viennent s'étaler à la face profonde de l'ombilic, elles peuvent donc se trouver placées, soit en rapport avec les tissus fibro-aponévrotiques du pourtour de l'ombilic, soit avec le tractus cellulo-adipeux qui sépare la couche péritonéale sous-séreuse des tissus périphériques.

D'ailleurs la même disposition anatomique du tissu conjonctif existe au niveau de la gouttière ombilicale par rapport aux interstices de la ligne blanche et, comme on l'a justement remarqué, l'orifice ombilical peut être considéré comme le plus grand de ces interstices. Une telle constitution joue, on le sait, un rôle important, dans la genèse des hernies ombilicales et juxta-ombilicales ; or, il en est de même pour la formation des tumeurs

secondaires de la région ombilicale. En effet, assez nombreuses sont les observations où le bourgeon néoplasique est signalé au niveau de la ligne blanche, à distance plus ou moins grande de la cicatrice de l'ombilic. D'autres fois, ces petites tumeurs ad-ombilicales, se sont trouvées coexister avec un cancer secondaire de l'ombilic. Il ne semble pas douteux dès lors que la voie de propagation vers l'extérieur n'ait été préparée là aussi par l'intermédiaire du tissu cellulo-adipeux des interstices, envahi de proche en proche par les éléments néoplasiques. N'est-ce pas du reste un fait incessamment observé que les nodules cancéreux se produisent à distance de cancers périphériques, dans le tissu cellulaire de la région placée sur la direction des lymphatiques vers les ganglions tributaires ?

D'autre part, il est admis que dans l'extension du cancer le processus néoformatif est surtout actif dans les interstices conjonctifs lâches dont les éléments présentent bien moins de résistance à l'envahissement que les parties fibro-aponévrotiques.

Entre autres faits démontrant l'aptitude du tissu cellulaire à la dégénérescence cancéreuse, il y a lieu de rappeler spécialement ici l'invasion néoplasique qu'il subit au niveau de la paroi abdominale à la suite des ponctions pratiquées lors d'ascite d'origine cancéreuse, après lesquelles l'on a vu les

bourgeons se développer tantôt rapidement après l'opération, tantôt progressivement (1). La ponction se trouve avoir rompu l'obstacle anatomique créé par la présence du fascia fibreux ; le tissu cellulaire de la paroi abdominale traversé par la petite plaie est placé au contact des éléments cancéreux apportés par les lymphatiques sous-jacents, ou même par le liquide ascitique.

Il ne semble pas probable que le tractus cellulo-adipeux de la cicatrice ombilicale, se laisse envahir par les cellules néoplasiques sans qu'intervienne un travail préalable. Il se produit là un processus actif, spécifique, dépendant des qualités propres du tissu pathologique et de leur influence sur certains éléments normaux, éléments qui appartiennent aux conduits lymphatiques, au tissu cellulaire et aux vaisseaux sanguins envahis par le néoplasme (Brault, Mirallié). En effet, les tissus fibreux de la face profonde de la paroi abdominale n'ont point l'aptitude à la dégénérescence rapide, mais le tissu cellulo-adipeux est vite envahi par celle-ci, d'après la loi d'évolution du cancer en général. Une fois le tissu cellulaire atteint, il va servir de guide à la dégénérescence vers l'extérieur et alors va se former et s'étaler ce plateau extra-abdominal cancé-

(1) Galvaing. Thèse Paris, 1872, page 13. — Lorreyte. *Etude sur le cancer du péritoine*. Thèse Paris, 1875, page 47. — Hontang. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1887, page 359.

reux, aux dépens de la nappe sous-cutanée, et de là s'ensuivra l'envahissement de tous les éléments de la peau pour aboutir à l'ulcération.

En résumé, nous concevons cette forme de cancer, comme un bourgeonnement actif vers l'extérieur d'une masse néoplasique développée sous l'ombilic, comme un épiphénomène du cancer sous-péritonéal localisé particulièrement à ce niveau. Ce cancer sous-péritonéal, lui-même secondaire, est le trait d'union entre le cancer viscéral primitif et la tumeur symptomatique de l'ombilic (1).

La plupart des cas observés viennent appuyer cette opinion ; le plus souvent, il est précisé qu'une plaque ou une nodosité se trouvait située, soit en arrière, soit au voisinage immédiat de l'ombilic cancéreux. Fréquemment même, il est signalé dans les observations qu'avant l'apparition du bourgeon ombilical, l'on pouvait percevoir déjà par le palper une induration manifeste au niveau de la région ombilicale. D'autre part, dans les autopsies, on a plusieurs fois nettement remarqué, en même temps que la disposition bilobée de la masse altérée, un tractus intermédiaire également envahi, et correspondant à l'anneau ombilical. Ainsi en était-il dans le cas de d'Heilly, où la tumeur était composée de deux parties : une plaque sous-péritonéale d'une part, et un mamelon de l'autre, réunis par un trac-

(1) A. Attimont, *l. c.*

tus aponévrotique, traversé lui-même par du tissu cellulaire cancéreux. Dans l'observation I de Neveu, le contour aponévrotique discoïde se laissait également traverser en un point par du tissu néoplasié. Largeau (1) vit de même une ligne celluleuse réunir les deux plateaux altérés. Même fait s'est présenté dans un cas de cancer ombilical secondaire à un épithéliome de l'estomac (1895) (2).

La rupture de la délimitation naturelle des départements lymphatiques, rupture permettant aux cellules charriées par ces vaisseaux de passer dans la circonscription fermée pour elles jusque-là pour se rendre aux ganglions correspondants, suppose nécessairement un travail pathologique qui interrompt la continuité des voies lymphatiques régulières. Ce processus comporte l'altération cancéreuse du tissu cellulaire contigu aux lymphatiques malades eux-mêmes. En tout cas, la lymphe, dans les vaisseaux blancs sous-séreux, se trouve contaminée et alors même qu'il n'apparaîtrait ni dépôt ni traînée néoplasique, le fait même de l'existence du noyau ombilical témoigne d'une façon précise de l'envahissement de la région, par l'intermédiaire des lymphatiques du tissu sous-péritonéal. C'est pour indiquer nettement cette coexistence des lésions sous-péritonéales et ombilicales, que l'on a

(1) Largeau. *Soc. anat.*, 1884, page 210.
(2) A. Attimont. Comm. orale.

proposé de lui appliquer la désignation de « cancer secondaire sous-péritonéo-ombical » (1).

De même, M. Verchère (2) (1896), frappé de la coïncidence constante des lésions péritonéales et ombilicales, dans cette forme de néoplasie, a substitué au nom de cancer secondaire de l'ombilic, la dénomination de « péritonite cancéreuse avec baurgeonnement ombilical ». Cet auteur estime en effet que le néoplasme de l'ombilic ne représente qu'une émanation de la péritonite cancéreuse. Comme exemple typique du processus étudié ci-dessus, nous donnons une observation de M. Valette (3).

OBSERVATION III

Epithélioma de l'ombilic. — Résection. — Cancer latent de l'estomac.

Femme de 61 ans.

Entrée, le 16 août 1896, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, suppléé par M. Legueu, pour une tumeur de l'ombilic (salle Denonvilliers, n° 10). Depuis le

(1) A. Attimont. *l. c.*,

(2) Verchère. De la valeur séméiologique du cancer de l'ombilic. *Rev. des Mal. canc.*, 1896.

(3) Valette. Contributions à l'étude du cancer secondaire de l'ombilic. Thèse Paris, 1898, page 24.

mois de mars 1896, elle a vu se développer, au niveau de l'ombilic, une petite grosseur ; indolente d'abord, celle-ci ne tarda pas à devenir douloureuse. En quelques semaines, elle atteignait le volume d'une grosse noix : elle s'ulcérait et une surface bourgeonnante prenait la place de la tumeur. C'est dans cet état que la malade entre à l'hôpital, le 16 octobre 1896.

A l'entrée, voici que l'on constate : la dépression ombilicale est remplacée par une surélévation en masse de la peau. Au centre de cette surélévation, se voit une ulcération atone, à bords fongueux ; sa largeur est celle d'une pièce de 0 fr. 50 environ. Cette ulcération fait corps avec la paroi musculo-aponévrotique ; il est impossible de la mobiliser sur cette dernière.

Les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés de volume.

La nature de cette ulcération ne pouvait être douteuse, l'induration en nappe, mais superficielle encore, sur laquelle elle reposait, ne laissait prise à aucune hésitation.

La question discutable était celle-ci : le cancer de l'ombilic était-il primitif ou secondaire ? Au-dessus de la paroi abdominale, il n'y avait aucun empâtement. Autant au moins qu'on pouvait en juger à l'état de veille, le palper de la paroi ne laissait percevoir aucun noyau épiploïque, aucune masse néoplasique viscérale. Le ventre n'était pas ballonné ; il n'y avait pas d'ascite. Le foie n'était pas augmenté de volume.

L'estomac n'offrait aucun trouble : il n'y avait pas de vomissements, l'appétit était seulement un peu diminué.

L'état général, il est vrai, laissait un peu à désirer : la malade avait maigri depuis six mois, ses forces avaient diminué ; mais, malgré cela, il n'y avait aucun indice

d'extension, de propagation ou de généralisation : il n'y avait enfin aucune contre-indication formelle à l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 26 octobre. Laparatomie médiane. L'ombilic est circonscrit par une double incision curviligne, qui permet d'en pratiquer la résection. La surface péritonéale de la région ombilicale est lisse, dépourvue d'adhérences : on y remarque, cependant, deux petits noyaux blancs inclus dans la séreuse, qui ressemblent à des greffes de cancer. Un coup d'œil rapide, jeté sur la séreuse pariétale, en dehors de la zone ombilicale, montre quelques-unes de ces greffes disséminées à la surface de la séreuse. Du côté des intestins, on ne voit rien de suspect.

L'abdomen est refermé par une suture à trois étages : l'opération a duré douze minutes.

Les suites opératoires se passèrent sans incidents le premier jour : pas de chocs ; pas de vomissements ; pas de fièvre.

Le second jour, la malade est plus faible, elle refuse de s'alimenter ; elle a des nausées.

Le troisième et le quatrième jours, l'affaiblissement ne fait que s'accentuer : le lait, les boissons glacées sont vomies aussitôt prises. Le pouls est faible à 90 ; la température reste normale.

A partir de ce moment, les forces vont en déclinant de plus en plus, et la malade succomba le huitième jour, sans complication locale.

L'autopsie fut pratiquée 48 heures après la mort.

A l'auscultation de la cavité abdominale, il n'y a pas d'ascite, ni de sérosité péritonéale : on retrouve disséminés à la surface de la séreuse pariétale quelques noyaux de greffe cancéreuse : ils sont blanc grisâtre, d'une consistance dure.

Du côté de l'épiploon et des intestins, il n'y a rien d'anormal. L'estomac lui-même ne présente extérieurement rien à noter : nous ouvrons cependant sa cavité et nous trouvons, implanté sur sa paroi postérieure, un néoplasme végétant, en forme de chou-fleur.

L'examen histologique fut pratiqué et la note qui nous a été remise porte pour la tumeur de l'estomac : « épithéliome cylindrique. »

La tumeur de l'ombilic présentait absolument le même type ; on y trouvait les cellules épithéliales cylindriques, analogues à celles de l'estomac.

Les greffes du péritoine n'ont pas été examinées, mais il est vraisemblable qu'elles étaient de même nature et que nous sommes en présence d'une généralisation à l'ombilic et au péritoine, d'un cancer latent de l'estomac.

A titre de confirmation du processus invoqué ci-dessus, nous pouvons également rappeler les lésions rencontrées dans notre observation I (cancer du rectum).

Nous devons rappeler ici que des auteurs ont émis l'hypothèse que la production du cancer secondaire de l'ombilic s'opérerait par suite de l'ensemencement de la surface péritonéale par l'épanchement ascitique chargé d'éléments cancéreux, lesquels viendraient se greffer sur la séreuse (Voir Verchère, *l. c.*). Il ne saurait être question ici bien entendu du rôle de l'ascite dans la propagation des éléments cancéreux dans la péritonite

généralisée (1) [Poupinel, Quinke, Aslanian (2), Verchère]. Mais cette explication semble d'autant plus irrecevable en ce qui concerne la néoplasie ombilicale, que, dans un grand nombre de cas, l'ascite faisait absolument défaut ; elle contredit, d'ailleurs, les données médicales acquises sur les conditions réfractaires de la surface péritonéale à la dégénérescence cancéreuse, ainsi qu'avait pu déjà le faire pressentir la constitution anatomique de la séreuse proprement dite et surtout elle se trouve en complet désaccord avec la démonstration anatomo-pathologique des très nombreuses observations publiées sur ce sujet.

Envahissement des ganglions tributaires de la région ombilicale. — Une fois formé, le bourgeon ombilical lui-même devient une nouvelle source de dégénérescence cancéreuse à distance, qui se porte vers les ganglions dépendant de la région ombilicale, dernier stade de la propagation. MM. Quénu et Longuet qualifient ces indurations ganglionnaires du nom de : « *foyer tertiaire* ».

Les lymphatiques du centre ombilical se distinguent en superficiels et profonds, aussi bien au-dessus qu'au dessous de la cicatrice. Les lympha-

(1) Ehrlich. *Zur diagn. der carcin. pleur.* Charité, Annalen, 1880.

(2) Voir Aslanian, *l. c.*

tiques sus-ombilicaux superficiels se rendent aux ganglions axillaires, et les lymphatiques sus-ombilicaux profonds au chapelet ganglionnaire rétrosternal. Quant aux sous-ombilicaux, les superficiels vont aux ganglions inguinaux supérieurs, et les profonds, aux ganglions iliaques. Les observations de cancer ombilical montrent comme fréquente la dégénérescence ganglionnaire ; les ganglions inguinaux surtout sont souvent atteints, spécialement les supérieurs (Lorain, Hutchinson, Mac Nunn, Bergeat, Attimont, Quénu et Longuet) ; il n'est même pas rare qu'ils le soient des deux côtés. Wickham Leeg avait noté aussi avec des ganglions indemnes une ligne dure suivant le trajet des lymphatiques sous-ombilicaux superficiels. Par contre, l'atteinte des ganglions axillaires est tout exceptionnelle. Quant au système lymphatique rétrosternal, dans plusieurs cas il s'est trouvé lésé. Par exemple, dans le cas de Moreau (1), un cancer de l'estomac suivi de généralisation péritonéo-pleurale coïncidant avec un bourgeon cancéreux de la ligne blanche, situé un peu au-dessous de l'ombilic, avait amené la production d'une tumeur grosse comme un œuf de dinde, adhérente à la partie inférieure du thorax. Küster (2) nota aussi, dans un cas de carcinome ovarien avec tumeur ombilicale, la

(1) Moreau. *Bulletin Soc. anat.*, Paris, 1842.
(2) Küster, *l. c.*

formation de saillies cancéreuses placées le long du sternum et très adhérentes à son périoste. Même coïncidence se trouve relevée dans les observations de M. Dusaussoy (1) et de M. Mazaud (2).

De même, M. Mirallié (3), avec un cancer secondaire de l'ombilic, observa une éminence douloureuse à l'insertion du sixième cartilage costal gauche et, en plus, deux saillies légères, de chaque côté du sternum (4).

(1) Dusaussoy. *Bulletin Soc. anat.*, Paris, 1876.

(2) Mazaud. *Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral.* Thèse Paris, 1887, page 127.

(3) Mirallié, thèse de Neveu, Paris, 1890.

(4) Voir aussi Guérard, *Bull. Soc. anat.*, 1847. — Liouville. *Bull. Soc. anat.*, 1873. — Hardy. *Bull. soc. anat.*, 1874.

HISTOLOGIE

La plupart des cancers rencontrés à l'ombilic présentaient les caractères de l'épithéliome pavimenteux ou ceux de l'épithéliome cylindrique.

Jusqu'au jour où M. Tillaux a fait connaître un cas d'épithéliome cylindrique primitif, des cinq cas connus comme cancers nés à l'ombilic, trois avaient été examinés histologiquement et présentaient le type épithéliome pavimenteux tubulé ou lobulé.

Par contre, dans les cancers secondaires de l'ombilic, jamais jusqu'ici, l'on n'a rencontré d'épithéliome pavimenteux. Est-ce à dire qu'il ne puisse en être autrement ? « Le fait de M. Reboul (1) est très instructif en ce sens ; il s'agit d'un épithéliome de l'œsophage qui s'était généralisé au mésentère et au péritoine, et dès lors, créait une possibilité à la manifestation ombilicale ».

(1) Reboul. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1887, page 347. — A. Attimont, *l. c.*

En résumé, d'après le nombre relativement petit de constatations histologiques faites jusqu'ici sur les cancers de l'ombilic, il est permis simplement de dire que le type épithéliome pavimenteux doit faire penser, de façon presque certaine, au cancer primitif, et que le type cylindrique comporte une grande probabilité en faveur du diagnostic de cancer secondaire. (Voir Guéneau de Mussy, Heurtaux et Neveu, Von Bergmann, Mirallié, Quénu et Longuet, Aslanian, Legueu, Bezançon, etc.)

Il n'est pas permis d'aller plus loin dans la voie de l'affirmation en raison des faits observés par M. Tillaux et par MM. Le Bec et Meslay (1) ; dans le cas de ces derniers auteurs, l'histologie montra l'épithéliome cylindrique comme élément constitutif du néoplasme ombilical ; le développement de la tumeur remontait à dix ans lors de l'opération et la guérison se maintenait quatre ans encore après celle-ci ; ce qui déroge à toutes les notions cliniques recueillies jusqu'ici sur l'évolution du cancer secondaire. La valeur de ces faits ne saurait encore être fixée ou point de vue scientifique ; une grande réserve doit être tenue pour leur interprétation.

Mais, une remarque d'importance capitale a lieu d'être faite, au sujet de la constitution du cancer secondaire ; celui-ci représente constamment le

(1) Le Bec et Meslay, in Besson, Thèse Paris, 1901.

même type histologique que la tumeur primitive. L'épithéliome cylindrique de l'ombilic est l'image fidèle de l'épithéliome des glandes du tube gastro-intestinal.

On voit de même, dans un cas de kyste de l'ovaire (1), la tumeur ombilicale reproduisait intégralement la structure de la tumeur d'origine. Sur l'ovaire, l'utérus, l'intestin, le muscle droit, le péritoine et la tumeur ombilicale, partout la structure du cancer alvéolaire ; les cloisons conjonctives sont minces et les cellules qui remplissent les alvéoles sont irrégulières.

Il importe de signaler ici que dans un néoplasme de l'ombilic secondaire à un épithélioma des voies biliaires, M. Brault (2) a vu « une artériole sous-cutanée dont l'endothélium a été remplacé par une couche de cellules cylindriques et calciformes si bien que l'artère ainsi modifiée ressemble à un canal excréteur de glande. La tumeur de la grosseur d'une noisette contenait un certain nombre d'artères présentant les mêmes modifications, le centre des vaisseaux étant occupé non par des globules rouges, mais par des blocs de mucus ».

« Dans la partie profonde du derme, les veines étaient remplies par des amas épithéliaux où la forme cylindrique se reconnaissait ».

(1) Aslanian. *l. c.*

(2) Cornil et Ranvier. *Manuel d'Histol. pathol.*, T. I, p. 492 (1901).

M. Mirallié, avant d'avoir connaissance des faits signalés par M. Brault, faisait naguère des remarques analogues sur les préparations histologiques de la tumeur secondaire de l'omibilic qui fait l'objet de notre observation I.

Ces constatations ont un réel intérêt pour éclairer le processus d'extension sur place du tissu néoplasique.

Symptômes — Évolution — Pronostic

Le cancer secondaire de l'ombilic se présente sous des aspects variables : au début, tantôt c'est un petit disque aplati, tantôt un petit grain dur, légèrement saillant, en forme de mamelon. Ce bourgeon gagne vite en surface et en épaisseur, contractant adhérence avec le derme et avec le tissu cellulaire sous-cutané voisin. On a vu maintes fois deux petites nodosités primitivement séparées par un certain espace, sain en apparence, ne pas tarder à se réunir et à se fondre l'une dans l'autre.

Le bourgeon ombilical est souvent comparable à un pois ou à une noisette, parfois à une petite orange. A un certain moment, la surface de la peau envahie prend une teinte rouge sombre ; la couleur devient même violacée sur un point, en général situé vers le centre, point

qui tend à s'ulcérer. D'ordinaire, l'ulcération a des limites assez restreintes : elle donne lieu quelquefois à un suintement assez abondant, lequel peut irriter la peau du voisinage et causer des démangeaisons pénibles.

Il est assez commun de voir apparaître des hémorragies, mais rarement elles sont abondantes. Dans un cas, dès le début, une petite plaque indurée a fourni du sang, en assez grande quantité et à plusieurs reprises, mais cette tendance hémorragique ne tarda pas à disparaître en même temps que se développait la tumeur (1). Il arrive parfois que des croûtes assez épaisses se forment au niveau de l'ulcération, mais elles sont peu adhérentes.

Au moment des règles, certaines de ces tumeurs augmentent de volume et peuvent devenir douloureuses ; mais ce détail a été surtout remarqué, il est vrai, dans des cas de cancer primitif (Potherat, Le Bec).

Très généralement, le néoplasme ombilical est indolent au point de ne pas attirer l'attention du malade, au moins dans les premiers temps. Toutefois quelques observations signalent un état douloureux.

Ces tumeurs sont toutes très dures, la surface en est parfois unie et assez régulière mais souvent

(1) A. Attimont, comm. orale.

aussi elle est bosselée, sans toutefois que ces bosselures affectent jamais la forme des segments juxtaposés de certains fibromes. Dans quelques cas il n'existe aucune saillie, mais simplement une plaque indurée plus ou moins épaisse et large, indurée ou non. Règle générale, ces bourgeons tendent à se développer davantage dans le sens transversal que verticalement.

Le volume qu'ils peuvent acquérir est variable ; mais, renseignement non sans importance pour le diagnostic différentiel, les plus développés ne dépassent guère le volume d'un œuf.

Autour de la tumeur, les téguments ne tardent pas à perdre de leur souplesse, dans un espace assez limité d'ailleurs et assez régulièrement circonférenciel. Ils prolongent ainsi, en s'inclinant en pente douce, l'induration de la tumeur. Toute la paroi abdominale à ce niveau semble alors envahie par le mal.

Il est possible d'imprimer à la masse néoplasique des mouvements d'ensemble, mais seulement dans le sens transversal (Tillaux).

Dans certaines observations, le palper percevait la sensation d'un cordon dirigé dans le sens du ligament suspenseur.

Le développement de ce noyau ombilical est en général rapide, à la suite de son apparition ; mais il se ralentit ensuite, ce qui peut fournir une donnée intéressante pour le diagnostic.

Il faut ajouter, du reste, qu'un certain nombre de ces noyaux n'apparaissent que comme phénomènes ultimes dans le cancer viscéral ; aussi, n'ont-ils pas le temps de se développer, mais même dans les cas où leur évolution est relativement prolongée, la durée de la survie après leur éclosion ne semble jamais avoir atteint une année. Plusieurs auteurs indiquent même la durée de six mois comme maximum. C'est dire que le cancer secondaire de l'ombilic présente une signification absolument fatale, d'après les observations cliniques publiées jusqu'ici.

Diagnostic

Bien des cancers de l'ombilic, d'un volume minime, ont dû passer inaperçus au médecin et au malade lui-même, vu l'indolence habituelle de cette détermination néoplasique.

Au début surtout cette manifestation demande à être recherchée. D'autres fois, l'ulcération rapide ou des hémorragies légères attirent promptement l'attention.

L'âge du malade peut être utile à connaître pour le diagnostic. C'est de 33 ans (Wulckow) à 76 ans (Catteau), que se sont produits tous les cas connus, Le plus souvent, on l'a rencontré de 46 à 60 ans

(Quénu et Longuet). Il est plus fréquent chez la femme (presque les 2/3 des cas). On se souviendrait également que les 2/3 des cas proviennent de cancers primitifs de l'appareil digestif et 1/3 environ de l'utérus ou de ses annexes (Quénu et Longuet).

Il est, en général, facile d'éliminer pour le diagnostic la tumeur bénigne de l'ombilic et les hernies graisseuses, de même que les hernies épiploïques irréductibles. Mais l'embarras du diagnostic avec le sarcome et surtout avec le cancer primitif est grand, quelquefois insoluble même. Témoin ce cas de cancer primitif s'enfonçant entre la cicatrice ombilicale et le péritoine et dont le diagnostic ne put être fait qu'à l'autopsie. Il est permis d'avancer qu'il est impossible d'après les caractères propres de la tumeur, d'en affirmer la nature et de la qualifier sûrement de cancer secondaire; à preuve, les cas multiples d'intervention chirurgicale où, au lieu de trouver un cancer primitif, l'opération fit reconnaître un cancer viscéral profond.

En vain se fonderait-on sur l'existence de végétations exhubérantes pour diagnostiquer un néoplasme primitif; non plus que le secondaire, celui-ci ne possède aucun signe propre. Force est de rechercher des données dans les anamnestiques et dans les accidents concomitants.

La durée de la tumeur doit être tenue en considération ; en effet, d'après les faits analysés, il résulte

que toute saillie cancéreuse secondaire à l'ombilic dont l'apparition remonte à plus de six mois à un an, doit être considérée comme étrangère au cancer secondaire.

Dans nombre de cas d'ailleurs le diagnostic du cancer initial et celui de la péritonite cancéreuse se manifestent nettement.

A ce propos, désormais, lors de tumeur ombilicale l'attention devra se porter vers l'examen du rectum. On n'oubliera pas de rechercher aussi par la palpation les points indurés ou résistants au niveau de la paroi abdominale et par le toucher les plaques ou les noyaux décelables à l'examen vaginal et rectal, et encore les ganglions durs et indolents des aines et des aisselles et aussi les saillies indurées au niveau de la paroi antérieure du thorax et le long des bords du sternum. Enfin, l'on vérifiera s'il n'existe pas d'adénopathie sus-claviculaire symptomatique du cancer d'un viscère abdominal (1). Il est des cas où des nodosités sous-cutanées ou musculaires multiples accompagnent des tumeurs néoplasiques ombilicales, nodosités mobiles, parfois pédiculées, se multipliant quelquefois avec une surprenante rapidité et pouvant atteindre jusqu'au volume d'un pois. Souvent situés au niveau de la paroi abdominale antérieure, ces grains cancéreux de Millard,

(1) Troisier. *Soc. méd. Hôp.*, 1886.

comme on les a appelés, semblent avoir une relation avec les cancers secondaires ombilicaux et ad-ombilicaux (1).

C'est surtout lorsque le bourgeon ombilical est l'expression d'un cancer latent viscéral que son diagnostic offre une importance de haute valeur.

Aucun renseignement symptomatique n'est à négliger dans ces cas ; le moindre trouble digestif même banal, l'inappétence, les nausées, les modifications dans les selles, tout doit être tenu en compte.

Enfin, l'on pourrait être amené, quand la disposition extérieure de la tumeur s'y prête, à user d'une recherche histologique sur un fragment détaché de la tumeur, avant de se décider à une intervention opératoire.

Toutefois, depuis la publication des faits de M. Tillaux, il y a lieu de ne pas tirer de conclusion ferme du seul examen histologique.

L'observation, due à MM. Le Bec et Meslay, dont nous avons parlé plus haut, impose aussi une grande réserve dans les affirmations.

Pour établir la somme de probabilités, dans un cas douteux de diagnostic différentiel avec le cancer primitif et avec le sarcome, il importe de rappeler que l'on ne connaît, comme bien prouvés,

(1) Millard. *Bull. soc. anat.*, 1859. — Vidal. *Bull. soc. anat.*, 1853.

que très peu de cas de cancer primitif et deux cas seulement de sarcome.

Terminons en remarquant que la difficulté du diagnostic avec le cancer primitif est telle que le doute a pu persister même après l'omphalectomie. Comme exemple, dans le cas de M. Legueu : « Le péritoine, en dehors de quelques noyaux inclus dans sa paroi, qu'on pouvait prendre pour des greffes cancéreuses, issues de l'ombilic, n'offrait rien de particulier ; jusqu'au dernier moment, même à l'autopsie, on crut avoir affaire à un épithéliome primitif. L'estomac, fait très important à retenir, paraissait sain extérieurement ; on ouvre cependant sa cavité, et, démonstration probante, on trouve implanté, sur la paroi postérieure, un néoplasme végétant en forme de chou-fleur » (1).

De pareils faits démontrent qu'une autopsie minutieuse est indispensable pour permettre d'affirmer le diagnostic.

Traitement

Des tentatives chirurgicales assez répétées ont été pratiquées contre le cancer de l'ombilic, le plus souvent, avec la pensée qu'il s'agissait d'un cancer primitif.

(1) Valette, *l. c.*, page 52.

Aucune de ces opérations n'a donné un résultat heureux. Dans le cas de M. Delens (1), la mort survint très peu de temps après l'opération. Le malade de M. Fischer, de Breslau (2), succomba cinq mois après l'omphalectomie qui avait été suivie, d'ailleurs, de la résection de la paroi de l'estomac dégénéré.

Les deux opérations de Von Bergmann (3) furent suivies rapidement d'une terminaison fatale. (Cancer du pylore et cancer du foie).

La terminaison fut également funeste à la suite des deux omphalectomies pratiquées par M. le Professeur Tillaux, en 1887 et 1891. Dans le second cas, la mort survint cinq jours après l'opération.

La survie, dans le cas de M. Hutchinson (1872), fut de deux mois (cancer du foie). La malade de M. Legueu succomba le huitième jour après l'opération, sans complication locale. Celle de M. Heurtaux (4), survécut trois mois à l'opération. L'issue fatale fut également rapide dans les cas de MM. Morris, Demons, Verchère.

Toutefois, vu la grande difficulté du diagnostic, la laparatonie exploratrice peut parfois s'imposer comme moyen indispensable pour s'éclairer sur la nature du mal.

(1) Delens. Thèse Villar, page 123.
(2) Fischer. *Sem. méd.*, 11 avril 1888, page 134.
(3) Von Bergmann. Thèse Burckhardt (Berlin), 1889.
(4) Heurtaux. Thèse Neveu, Paris, 1890.

En résumé, ainsi que devait le faire supposer la pathogénie du cancer secondaire de l'ombilic, cette manifestation s'est toujours montrée au-dessus des ressources de la chirurgie.

CONCLUSIONS

I. — Au nombre des cancers viscéraux susceptibles de déterminer un noyau secondaire à l'ombilic, il faut compter le cancer du rectum.

Il s'ensuit, qu'à partir du cardia, toutes les parties de l'appareil digestif atteintes de cancer ont présenté des exemples de cette localisation.

II. — Le cancer secondaire de l'ombilic développé à distance de la tumeur initiale se développe par l'intermédiaire des lymphatiques.

III. — Le néoplasme ombilical semble être précédé constamment d'altérations cancéreuses du tissu cellulaire sous-péritonéal. (Cancer sous-péritonéo-ombilical secondaire).

IV. — La dégénérescence cancéreuse au niveau de l'ombilic et des interstices de la ligne blanche résulte de la présence en ces points de tractus cellulo-adipeux.

Ce processus obéit donc à une sorte de systématisation, conséquence de l'aptitude de certains tissus de l'organisme à subir plus facilement l'influence de l'envahissement cancéreux.

V. — L'ombilic une fois atteint, la dégénérescence cancéreuse peut gagner les ganglions tributaires de la région ombilicale.

VI. — Ce mode pathogénique fait bien comprendre que le pronostic du noyau secondaire ombilical, dû à ce processus, est fatal à brève échéance et rend absolument stérile toute intervention chirurgicale.

Vu : le Président de Thèse,

DIEULAFOY.

Vu : le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

A. Attimont. — Remarques sur le cancer de l'ombilic. *Gazette médicale de Nantes*, 6e année, septembre, octobre, novembre 1888.

Aslanian. — *Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse.* Thèse Paris, 1895.

Auger. — *Soc. anat.* 1875, page 708.

P.-H. Bérard. — *Dictionnaire en 30 vol.*, art. « ombilic », 1827.

Besson. — *Contribution à l'étude du cancer de l'ombilic.* Thèse Paris, 1901.

Blum. — *Arch. génér. Méd.*, 1876, T. II.

Boyer. — *Traité des mal. chir. et des op. qui leur conviennent*, publié par Philippe Boyer, 1849, T. VI.

Broussole. — Thèse Villar, Paris, 1886, page 122.

Cannuet. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1852.

Chuquet. — *Du carcinome généralisé du péritoine.* Thèse Paris, 1879.

Civadier. — *Journal Méd. et Chir.*, T. IV, page 374.

Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histol. pathol.*, Tome I, page 492. 1901.

Cruveilhier. — *Anat. pathol. génér.*, T. IV, pages 44 à 47.

Damaschino. — In Thèse Villar. *Des tumeurs de l'ombilic*, Paris, 1886, page 112.

Delens. — In thèse Villar, Paris, 1886, page 123.

Demarquay. — *Soc. de Chir.*, juin 1870.

DEMONS. — *Journal méd. Bordeaux*, 1891.

— Congrès Gynécologie, Bordeaux, 1895.

DOLBEAU. — Leçons cliniques, 1877.

DURAND. — In Thèse Besson, Paris, 1901.

DUSAUSSOY. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1876.

EHRLICH. — *Zur. diagn. der carcin. pleur.* Charité, Annalen, 1880.

FABRICE DE HILDEN. — *Observationes chirurgicæ*, cent. V, obs. LXII.

FEULARD. — *Arch. génér. Méd.*, 1887, T. II.

FISCHER. — *Soc. Méd.*, 11 avril 1888, page 134.

GALVAING. — Thèse Paris, 1872, page 13.

GUÉNEAU DE MUSSY. — *Cliniques*. T. II, page 30.

GUÉRARD. — *Bull. Soc. anat.*, 1847.

HARDY. — *Bull. Soc. anat.*, 1874.

HEURTAUX. — Thèse de Neveu, Paris, 1890.

HONTANG. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1887, page 359.

HUE et JACQUIN. — *Union méd.*, 1868.

KOLACZEK. — *Arch. für path. anat. méd. phys.*, Tome LXIX, page 587. 1877.

KÜSTER. — *Beitrag zur Geburt und Gynae*, T. IV, fasc. I, 1875.

LAGE. — *Schmidt's Jahrbucher*, T. LV, page 295.

LANCEREAUX. — *Atl. anat. pathol.*, page 43.

LARGEAU. — *Soc. anat.*, 1884, page 210.

LE BEC et MESLAY. — In Besson. Thèse Paris, 1901.

LIOUTILLE. — *Bull. Soc. anat.*, 1873.

LORRAIN. — In thèse Catteau, Paris, 1876.

LORREYTE. — *Etude sur le cancer du péritoine*. Thèse Paris, 1875, page 47.

MATHIEU. — *Dictionnaire enc.*, art. « estomac ».

MAZAUD. — *Des nodosités sous-cutanées, dans le cancer viscéral*. Thèse Paris, 1887, page 127.

MILLARD. — *Bull. Soc. anat.*, 1859.

MIRALLIÉ. — Thèse de Neveu, Paris, 1890.

MONOD. — *Soc. anat.*, 1875, page 708.

MOREAU. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1872.

MORRIS. — Congrès de Berlin, 1890.

— *Annales of surgery Philadelphie* 1892. Vol. XV, p. 326.

MOUSSIER. — *Journal méd. de l'Ouest*, 1873.

NÉLATON. — *Elem. path. girurc.*, 1857, T. IV, page 525.

NEVEU. — *Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'ombilic.* Thèse Paris, 1890.

NICAISE. — *Dictionnaire encycl.*, 1881.

PÉAN. — In thèse Villar, Paris, 1886.

QUÉNU et HARTMANN. — *Traité de Chirurgie du Rectum.* T. II, page 234.

QUÉNU et LONGUET. — *Revue de Chir.*, 16e année, no 2, février 1896.

QUEYRAT. — In thèse Codet de Boisse.

REBOUL. — *Bull Soc. anat.*, 1887.

ROBIN. — *Journal anat.*, 1864.

ROBIN et CADIAT. — *Dictionnaire encyc. Sc. méd.*, art. « lymphatiques », 1881.

SAPPEY. — *Anatomie*, t. II, page 808.

STORER. — *Boston. Med. Ann. Surgery Journal*, février, 1864.

TILLAUX. — *Ann. Gynéc.*, 1887. Thèse de Bonvoisin, 1890-1891.

TROISIER. — *Soc. Méd. Hôp.*, 1886 et 1888.

VALETTE. — Contribution à l'étude du cancer secondaire de l'ombilic. Thèse Paris, 1898.

VERCHÈRE. — *Rev. Mal. Canc.*, 1896.

VIDAL. — *Bull. Soc. anat.*, 1853.

— *Gaz. heb.*, 1874.

VON BERGMANN. — Thèse Burchardt, Berlin, 1889.

VULCKOW. — *Bertrag zur Casuistik der Nebel neubildingen* (Berlin, *Klin Woch* 1875, no 39, p. 533).

WICKGAM LEEG. — *Of certain abdominal tumours.* Saint-Barth. hosp. Rep.

WILMS. — Voir Paul Berger (*Rev. Sc. Méd.* 1874).

Nantes, imp. Guist'hau, Dugas, succ., 5, quai Cassard.